

LYHYTAIKAISEN HOIDON VAIKUTUKSET MUISTISAI- RAAN KÄYTTÄYTYMISEEN

Hoitajien kokemuksia palvelutalo Näsmänkiepissä

Puolakka Henna
Ylittervo Aija

Opinnäytetyö
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

2017

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijä	Henna Puolakka	2017
	Aija Ylittervo	
Ohjaaja	Susanna Kantola	
Toimeksiantaja	Rovaniemen kaupunki, palvelutalo Näsmänpiepi	
Työn nimi	Lyhytaikaisen hoidon vaikutukset muistisairaana käyttäytymiseen - Hoitajien kokemuksia palvelutalo Näsmänpiepiä.	

Sivu- ja liitesivumäärä 41 + 4

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää lyhytaikaisen hoidon vaikutuksia muistisairaana käyttäytymiseen hoitajien kokemusten kautta. Tavoitteena oli tutkia asiaa kokonaisvaltaisesti, ottaen huomioon niin potilasnäkökulma kuin yhteiskunnallinenkin näkökulma. Tutkimme menetelmiä, jotka voisivat helpottaa muistisairaana sopeutumista lyhytaikaiseen hoitoon ja sitä, miten lyhytaikaisesta hoidosta tulisi laadukkaampaa, jotta se tukisi muistisairaana kotona asumista mahdollisimman pitkään. Lisäksi kaipaamme omaan hoitotyöhömme uusia toimintatapoja hoitaessamme muistisairaita.

Teoriaosuudessa käsittelemme yleisempiä muistisairauksia ja haastavaa käyttäytymistä, jonka rajasimme palvelutalossa esiintyvien muistisairauksien ja käytösoireiden mukaisesti. Käsittelemme myös ympäristöä, koska jaksottaisen hoidon aikana ympäristö on vaihtunut. Hoitotyötä käsittelemme lääkkeettömien ja lääkkeellisten hoitotyökeinojen kautta.

Toteutimme opinnäytetyömme kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusotteella. Aineisto kerättiin haastattelemalla kolmea Näsmänpiepin palvelutalon hoitajaa ryhmähaastattelussa. Haastattelu toteutettiin puolistrukturoituna haastatteluna eli teemahaastatteluna. Aineisto analysoitiin abduktiivista sisällönanalyysia käyttäen.

Tutkimuksestamme selviää, että jaksottaiseen hoitoon tulevilla muistisairaila esiintyy haastavaa käyttäytymistä, erityisesti hoidon ensimmäisinä päivinä. Säännölliset jaksohoidot ja tutut hoitajat vähentävät haastavaa käytöstä. Lääkkeettömät hoitokeinot ovat käytössä palvelutalossa 95% ja myös teoria kertoo lääkkeettömien hoitokeinojen olevan suositellumpia kuin lääkkeellisten hoitokeinojen.

Avainsanat muistisairaudet, käyttäytyminen, haasteellinen käyttäytyminen, ympäristö, hoitotyö, käytösoireet

School of Health Care and Social
Services
Degree Programme of Nursing
Bachelor of Health Care

Author	Henna Puolakka Aija Ylittervo	2017
Supervisor	Susanna Kantola	
Commissioned by	City of Rovaniemi, nursing home Näsmänkieppi	
Subject of thesis	The effects of short-term treatment on the behavior of a memory disorder patient – Nurses experience in nursing home Näsmänkieppi	
Number of pages	41 + 4	

The purpose of this thesis was to figure out how short-term care effects to behaviour with patients with memory disease. We report this through nurse's experiences. The aim was to study this issue comprehensively as patient perspective like social perspective. We explore methods that could ease patient with memory disease to short-term care and how to make short-term care more quality, so it can support memory disease patient to live longer at home. Additionally, we missed something new methods to our care.

In theoretical part we process most common memory diseases and behavior symptoms in nursing home wards. We also process environment because short-term care means that patient is at new and sometimes odd environment. Nursing is processed through non-medical care and medical care.

The thesis was completed by way of qualitative study method. Data was collected by interviewing three nurses from the nursing home. Interview was half structured, so our interviewees knew our themes at the interview. Data was analysed with content analysis.

Our study shows that short-term care effects to behavior symptoms, especially first couple of days can be challenging. Regular short-term care periods and familiar nurses cuts down challenging behavior. Non-medical treatment is in use most of the time (95%) and theory supports that non-medical care is more effective than medical care.

Key words memory diseases, behavior, challenging behavior, environment, care, behavior symptoms

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	8
3 YMPÄRISTÖ JA HOITOTYÖ.....	9
3.1 Ympäristö.....	9
3.1.1 Lyhytaikainen hoito.....	9
3.1.2 palvelutalo Näsmäkieppi	10
3.2 Hoitotyö.....	10
3.2.1 Haasteellisen käyttäytymisen lääkkeetön hoito	11
3.2.2 Vuorovaikutus	12
3.2.3 Lääkkeelliset hoitokeinot	13
4 MUISTISAIRAUDET JA HAASTEELLINEN KÄYTTÄYTYMINEN	15
4.1 Yleisimmät muistisairaudet Suomessa	15
4.1.1 Alzheimer	16
4.1.2 Vaskulaarinen dementia.....	17
4.1.3 Lewyn kappale-tauti	18
4.2 Haasteellinen käyttäytyminen	19
4.2.1 Aggressiivisuus	19
4.2.2 Fyysinen levottomuus eli agitaatio-oireet	20
4.2.3 Aistiharhat ja harha-ajatukset.....	21
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	22
5.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä	22
5.2 Tutkimukseen osallistujat ja aineistonkeruu.....	23
5.3 Aineiston analyysi	24
6 TUTKIMUSTULOKSET	26
6.1 Muistisairaudet.....	26
6.2 Haasteellinen käyttäytyminen	26
6.3 Ammatillinen osaaminen ja hoitotyön menetelmät.....	27
6.4 Lyhytaikainen hoito ja sen kehittäminen	29
7 POHDINTA	30
7.1 Tulosten tarkastelu	30

7.2	Eettisyys ja luotettavuus	32
7.3	Ammatillinen kasvu	34
7.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	35
LÄHTEET		37
LIITTEET		42

1 JOHDANTO

Suomessa sairastuu johonkin muistisairauteen n. 36 ihmistä päivässä. Kaiken kaikkiaan Suomessa on yli 100 000 jotain muistisairautta sairastavaa ihmistä ja me kaikki tiedämme tai tunnemme jonkun muistisairaahan; naapurin tai omaisen. Väestön ikääntyessä myös muistisairaudet lisääntyvät ja suuri osa tulevista potilaistamme/asiakkaistamme ovat muistisairaita, työskentelemmepä missä vain. Haasteellinen käyttäytyminen kuuluu kaikkiin muistisairauksiin jossain sairauden vaiheessa, joten tulemme väistämättä törmäämään myös niihin hoitoalalla työskennellessämme. Tulevaisuudessa iso erä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista tulee menemään dementoivien muistisairauksien hoitoon. Selvitämme myös ympäristön vaikutusta käyttäytymiseen rajaamalla aiheen lyhytaikaiseen hoitoon ja sen vaikutuksiin. Hoitotyön näkökulmaa selvitämme hoitajien hoitotyön menetelmillä. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2014; Eloniemi-Sulkava & Savikko, 2009, 232.)

Lapin ammattikorkeakoulun yksi strategian painoalue on turvallisuus, mielestämme tämä aihe nivoutuu siihen hyvin, koska toimivien hoito- ja vuorovaikutusmenetelmien avulla voimme vaikuttaa niin työ- kuin potilasturvallisuuteenkin. Potilasnäkökulmasta ajatellen tavoitteenamme on löytää mahdollisia menetelmiä, jotka voisivat helpottaa potilaan sopeutumista lyhytaikaiseen jaksohoitoon. (Lapin ammattikorkeakoulu, 2017.)

Opinnäytetyössämme käsittelemme muistisairaita ja heidän haasteellista käyttäytymistään lyhytaikaisen hoidon näkökulmasta. Tutkimme lyhytaikaisen hoidon vaikutuksia muistisairaahan käyttäytymiseen. Meitä kiinnosti tietää, vaikuttaako ympäristön vaihtuminen käyttäytymiseen, miten se vaikuttaa ja millä tavoin itse voisimme vaikuttaa ympäristön vaihdoksen aikana, jos haasteellista käyttäytymistä.

Työmme tarkoituksena oli selvittää kolmen tutkimuskysymyksen avulla lyhytaikaisen hoidon vaikutuksia muistisairaahan käyttäytymiseen. Haimme kysymyksiin vastausta Näsmänpäivien palvelutalon hoitohenkilökunnalta, koska olimme kiinnostuneita heidän kokemuksistaan.

Tavoitteenamme oli löytää mahdollisia menetelmiä, jotka voisivat helpottaa asiakkaan sopeutumista lyhytaikaiseen hoitoon ja lisäksi ammentaa niistä toimintatapoja omaan hoitotyöhömmme. Toimeksiantajan kannalta tavoitteenamme oli tutkia heidän kokemuksiaan aiheesta ja löytää heidän nykyisiä toimintatapoja ja antaa ajattelemisen aihetta mahdollisille uudistuksille. Laadukas lyhytaikaishoito tukee sosiaali- ja terveysministeriön hanketta, jonka tavoitteena on kehittää ikäihmisten kotihoitoa ja tukea omaishoitajia jaksamisessa. Halusimmekin selvittää, miten lyhytaikaista hoitoa voidaan parantaa hoitajien mielestä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.)

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tarkoituksenamme on selvittää lyhytaikaisen hoidon vaikutuksia muistisairaiden käyttäytymiseen. Selvitämme työyhteisön osaamista ja menetelmiä haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaahan hoitotyössä. Uskomme, että haasteellisesti käyttäytyvän asukkaan kohtaaminen ja hoitaminen olisi helpompaa, kun hoitajien toimintatavat olisivat ajan tasalla. Tutkimuksen avulla saamme myös omaan hoitotyöhön menetelmiä kohdata ja hoitaa muistisairaita.

Tavoitteenamme on saada uusia toimintatapoja omaan hoitotyöhömmе. Työyhteisöä ajatellen tavoitteena on tämänhetkisten toimintamallien kartoittaminen ja mahdollisesti uusien löytäminen. Potilasnäkökulmasta tavoitteenamme on löytää menetelmiä, jotta jaksohoitoaika olisi laadukas ja kaikille osapuolille, niin potilaalle kuin omaisillekin mukava. Tavoitteenamme on myös tukea sosiaali- ja terveysministeriön hanketta Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa. Lyhytaikaisella hoidolla voidaan tukea kotona asumista, kun omaishoitaja saa lomaa. Tällä tutkimuksella siis pyritään vaikuttamaan siihen, että lyhytaikainen hoito olisi laadukasta ja tukisi hankkeen päämäärää. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.)

Tutkimustehtävä: Miten hoitajat kokevat jaksottaisen hoidon vaikutukset muistisairaahan käyttäytymiseen?

Lähdemme ratkaisemaan ongelmaa tutkimuskysymysten avulla, joita ovat;

- 1) Millä tekijöillä on vaikutusta jaksottaisessa hoidossa muistisairaahan haasteelliseen käyttäytymiseen?
- 2) Minkälaisia hoitotyön menetelmiä hoitohenkilökunnalla on käytössään hoitaessaan haasteellisesti käyttäytyvää muistisairasta?
- 3) Miten jaksottaista hoitoa voidaan kehittää?

3 YMPÄRISTÖ JA HOITOTYÖ

3.1 Ympäristö

Ympäristön tarkastelu osana muistisairaiden hoitotyötä on tärkeää, koska he altistuvat herkemmin ympäristössä tapahtuville muutoksille ja hyvinvointivaikutuksille (Elo 2009, 92-93). Onkin tutkittu, että selkeä ympäristö myönteisine virikkeineen tukee muistisairaahan psyykkistä hyvinvointia. Tarkoituksenmukaiseksi ja ”helppokäyttöiseksi” tehty hoitoympäristö tukee myös muistisairaahan omaa selviytymistä ja tilanteiden hallintaa. (Kotilainen & Topo 2011, 9-11; Koponen & Vataja 2015, 485.)

Muistisairaiden on havaittu olevan motorisesti ja kielellisesti rauhallisempia, jos fyysinen ympäristö on kodinomainen esimerkiksi laitoshoidossa. Esimerkiksi omien tuttujen tavaroiden sekä omien vaatteiden tuominen laitoshoitoon mahdollisesti ehkäisevät levotonta käytöstä. Yleensä ympäristön muuttaminen aiheuttaa ongelmia muistisairaille, siksi turhia uusia järjestelyitä hoitoympäristössä tulisi välttää. Myös ympärillä vaihtuvat ihmiset ja oudot äänet lisäävät turvattomuuden tunteita muistisairaalla. Oleellista muistisairaahan hoitotyössä onkin havainnoida ympäristön vaikutuksia ja merkityksiä yksilöllisesti ja pyrkiä vaikuttamaan näihin, jos se on mahdollista. (Eloniemi-Sulkava ym. 2009, 236; Koponen ym. 2015, 485-486.)

3.1.1 Lyhytaikainen hoito

Lyhytaikainen eli intervallihoito on lyhytaikaista laitoshoidoa. Intervallihoitoa on Suomessa käytetty jo noin 30 vuotta ja se on kotona asumisen tukemista ikääntyneille ja omaishoitajille. Lyhytaikaiseen hoitoon kuuluu, että koti- ja laitosjaksojen kesto sovitaan asiakkaan ja/tai omaishoitajan tarpeen mukaan. Hoitojaksot voidaan toteuttaa erilaisissa vanhusten palveluyksiköissä tai vanhainkodeissa. (Salin 2008.)

Intervallihoito on osa muistisairaahan potilaan kuntoutusta ja siksi intervallihoidon kehittäminen tulevaisuudessa onkin tärkeää, koska tulevaisuudessa on tavoitteena tukea kotona asumista mahdollisimman pitkään. (Suhonen, Juva, Nikumaa & Erkinjuntti 2015, 546-550.) Toimeksiantajamme osastolla intervalli potilaiden

keskimääräinen hoitojakso on 1-2 viikkoa ja se sovitaan ennen jakson alkua. Jokaiselle potilaalle laaditaan oma hoitosuunnitelma. (Jatkola.)

3.1.2 Palvelutalo Näsmänkieppi

Palvelutalo Näsmänkieppi on tehostetun palveluasumisen yksikkö. Se on Rovaniemen kaupungin omistama yksikkö. Näsmänkieppi tarjoaa kodinomaisessa ympäristössä niin pitkäaikaista hoitoa kuin lyhytaikaista intervallihoitoa sitä tarvitseville. Palvelutalon toiminta sovitaan hoito- ja palvelussuunnitelmassa ja palvelutalon toimintaa ohjaavat vanhustyön arvot; turvallisuus, yksilöllisyys, itsemääräämisoikeus, tasa-arvoisuus sekä yksityisyys. (Rovaniemen kaupunki.)

Näsmänkiepissä on neljä osastoa ja meidän opinnäytetyömme toimeksiantajana toimii osastot 1 ja 2, joiden osastohoitajana toimii Sirkka Jatkola. Osastoilla 1 ja 2 on 19 hoitopaikkaa, joista 11 ovat varattu intervallihoitoon tuleville. Osaston hoitohenkilökuntaan kuuluu osastonhoitaja, kaksi (2) sairaanhoitajaa, yhdeksän (9) lähihoitajaa ja kaksi (2) hoiva-avustajaa. (Jatkola.)

Näsmänkiepissä intervallihoidon tavoitteena on kartoittaa asiakkaan fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia tarpeita ja tukea kotona asumista sekä tarjota omaishoitajalle lepotauko hoidosta ja näin ollen tukea myös omaishoitajan kokonaisvaltaista toimintakykyä. (Rovaniemen kaupunki.)

3.2 Hoitotyö

Muistisairaudet tuovat mukanaan älyllisiä muutoksia, mutta muistisairaudet altistavat myös muutoksiin käyttäytymisessä, jotka ympäristö kokee usein hankalina. Näistä oireista käytetään sekä kansallisesti että kansainvälisesti käsitteitä käyttöoire tai haasteellinen käyttäytyminen. Opinnäytetyössämme käytämme molempia käsitteitä. (Eloniemi-Sulkava & Savikko, 17.)

Muistisairaita hoidettaessa hoitotyön tulee perustua mielenterveyden ja psyykkisen hyvinvoinnin tukemiseen. Näiden avulla voidaan entistä paremmin hoitaa

muistisairasta, joka kärsii käytösoireista sekä todennäköisesti myös ehkäistä haasteellista käyttäytymistä (Sulkava ym. 2009, 235-236.) Muistisairautta sairastavan hyvä hoito edellyttää kykyä ymmärtää potilaan tarpeita sekä eläytymistä muistisairaahan ihmisen kokemuksiin. Tärkeää on myös ymmärtää muistisairasta kognitiivisten eli muistiin ja tiedonkäsittelyyn liittyvien muutosten tarpeissa. (Suhonen ym. 2008, 18.)

Ihmisen hoitaminen perustuu vuorovaikutukseen, jossa kaikella tekemisellämme on vaikutusta toiseen ihmiseen. Hoitajalla tulee olla ammattitaitoa luoda yhteys muistihäiriöiseen ihmiseen kosketuksen, eleiden, ilmeiden, sanojen, puheen ja välittämisen kautta. Ne vaikuttavat jokaisessa kohtaamisessa. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2015, 28-29.)

Muistisairaahan haasteelliseen käyttäytymiseen vaikuttavat monet tekijät ja siksi käytösoireisen muistisairaahan hoito on kokonaisuus. Hoidon keskeisenä tavoitteena onkin tukea potilasta monialaisella, laajalla hoidolla käyttämällä erilaisia hoitotyön, lääketieteen ja muiden ammattilaisten keinoja. Hoito tulisi tehdä muistisairasta ja hänen tarpeitaan vastaavaksi. Haasteellista käyttäytymistä tulisi aina hoitaa, kun ne rasittavat potilasta tai vaikeuttavat potilaan kykyyn huolehtia itsestään, vuorovaikutuksestaan tai toimintakyvystään. Muistisairaahan käytösoireita ei tulisi hoitaa rajoittamalla potilasta, vaan päinvastoin välttää potilaan rajoittamista. (Sulkava ym. 2009, 242-243; Keränen 2017.)

3.2.1 Haasteellisen käyttäytymisen lääkkeetön hoito

Lääkkeettömän hoidon taustafilosofiana voidaan pitää haasteellisen käyttäytymisen ymmärtäminen viesteiksi sisäisestä mielen maailmasta ja pahasta olost. Kunnolla tehty arviointi, käyttäytymisen syiden selvittäminen ja arkeen liittyvä ohjaus saattavat ennaltaehkäistä käytösoireita tai riittää jopa hoitokeinoksi käytösoireiden hoitoon. Aina tuleekin tarkistaa, että haasteellisen käyttäytymisen taustalla ei ole mitään fyysistä syytä, esimerkiksi kipu, sairaus tms. Lääkkeettämiä hoitokeinoja pidetäänkin ensisijaisina hoitomuotoina käytösoireiden hoitoon. (Elo-niemi-Sulkava & Sulkava 2008, 121-125; Koponen & Vataja 2015, 475-478; Sulkava ym. 1999, 18-19.)

Lääkkeettömillä hoitokeinoilla tarkoitetaan erilaisia psykososiaalisia hoidollisia lähestymistapoja, vuorovaikutukseen sekä ympäristöön vaikuttamista ja opastusta ja ohjausta. Erityisesti hoitavien ihmisten vuorovaikutustaitoihin kiinnitetään huomiota. Psykososiaalisilla hoitomuodoilla tarkoitetaan esimerkiksi tunne-elämää tukevia ja tiedonkäsittelyyn suuntautuneita lähestymistapoja, käyttäytymisen ja vuorovaikutustapojen muokkaamiseen (behavioraaliset terapiat) sekä erilaiset virikkeelliset terapiat, esimerkiksi musiikkiterapia ym. (Koponen & Vataja 2015, 475-478.)

Hoitoympäristön muokkaaminen turvallisemmaksi ja selkeämmäksi on osa muistisairaankäytösoireiden hyvää hoitoa. Jos mahdollista, ympäristön olisi hyvä muistuttaa tavallisen elämän ympäristöä. Myös ympäristön ilmapiiriin on kiinnitettävä huomiota ja negatiivisiin asioihin puututtava. (Sulkava ym. 1999, 18-19.)

Koska lääkkeettömiksi hoitomahdollisuuksiksi luetaan myös hoitavien ihmisten vuorovaikutustaidot, tulee hoitohenkilöstön kouluttamiseen ja jaksamisen tukemiseen kiinnittää erityistä huomiota. (Käypä hoito 2016b; Sulkava 1999, 18-19.)

Lääkkeettömienkin hoitokeinojen tulee perustua kunkin muistisairaankäytösoireisen yksilöllisyyteen. Koska käytösoireisiin vaikuttavat tekijät ja ihmisen persoonallisuus ovat erilaisia, tulee erilaisia hoitokeinoja kokeilla. Omaisilta saatu tieto potilaan elämänculusta tukee yksilöivää hoitotyötä ja auttaa löytämään keinoja tukea potilasta. On tärkeää myös huomioida potilaan näkemys tilanteestaan. Vaikka vastaukset olisivatkin vaikeasti ymmärrettäviä, antavat ne aina jotakin tietoa potilaasta. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009, 237-238; Sulkava ym. 1999, 18-19; Käypä hoito 2016b.)

3.2.2 Vuorovaikutus

Vuorovaikutustavat kuuluvat lääkkeettömään hoitoon. Muistisairaankäytösoireisen kanssa työskennellessä tulee ottaa huomioon hänen yksilöllisyytensä vaikuttavat asiat, kuten se, että sairauden edetessä kyky vastavuoroisuuteen vähenee. Vuorovaiku-

tuksen perustana tulee olla kunnioitus, arvostus ja luottamus. Vuorovaikutus tilanteissa muistisairas on aina keskiössä. Heikentyneen kognition vuoksi muistisairaalla ihmisellä voi olla vaikeuksia kommunikoinnissa, jonka vuoksi voi ilmetä vaikeuksia tuoda toiveitaan ilmi. Näin ollen ihminen tulkitaan herkästi väärin ja se voi aiheuttaa muistisairaassa turhautumista, joka voi ilmetä haasteellisena käyttäytymisenä. (Mönkäre 2017, 38-39; Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009, 236.)

Toisten mielestä haasteellinen käyttäytyminen on muistisairaalla keino tulla kuuluksi, hän pyrkii ilmaisemaan omia toiveitaan ja tarpeitaan sekä kokemuksiaan. Muistisairaahan hyvinvointia tukevaan vuorovaikutukseen on erilaisia toimintatapoja. Esimerkiksi kun muistisairas ei ole orientoitunut paikkaan, hänelle tulee kertoa, että hän kuuluu juuri sinne missä on. Toiminnallinen levottomuus tulee sallia. Muistisairaalle tulee antaa aikaa sanoittaa tarpeitaan ja häntä tulee kuunnella kii-reettömästi. Muistisairas voi tarvita ohjausta arkeensa, häntä tulee ohjata hienovaraisesti, kömmähdykset sivuuttaen. (Mönkäre 2017, 46-47.)

Haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaahan kanssa on tärkeä pyrkiä ymmärtämään, mistä haasteellinen käytös kumpuaa. Jos muistisairas käyttäytyy aggressiivisesti, on hyvä miettiä voiko tilanteita jatkossa välttää. Harhaluuloista kärsivälle muistisairaalle tulee luoda luottamuksellinen ja turvallinen ilmapiiri. (Mönkäre 2017, 47-49.)

Koskettaminen on myös hyvä tapa ohjata muistisairasta. Täytyy huomioida kosketuksen keveys ja se, että se kohdistuu neutraalille alueelle, esimerkiksi olkapäähän. Katsekontaktin merkitystä ei voi ohittaa, katsekontakti auttaa ymmärtämään kenen kanssa puhuu. Muistisairaalle tulee puhua yksinkertaisin, lyhyin lausein, huomioiden rauhallinen ympäristö. (Mönkäre 2017, 48.)

3.2.3 Lääkkeelliset hoitokeinot

Lääkehoitoa muistisairaahan haastavaan käyttäytymiseen suositellaan käytettäväksi vain muun hoidon tukena määräaikaisesti, koska käytösoireissa tapahtuu muutoksia muistisairauden edetessä ja lääkehoidolla on vain keskinkertainen vaikutus käytösoireisiin. Lääkityksen tarpeellisuus tulisi arvioida säännöllisesti,

noin 3-6 kuukauden välein. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2011, 19-20; Koponen & Vataja 2014, 566-567; Suhonen ym. 2008; Yimei, L. 2017.)

Jos käytösoireita hoidetaan lääkkein, tulee aina tarkistaa, että muistisairauden lääkehoito on asianmukainen. Käytösoireiden lääkehoidolle tulee asettaa tavoitteet ja määrittää kesto, lisäksi hoitohenkilökunnan on seurattava lääkkeen vaikutusta. Lääkehoito tulisi aloittaa pienellä annoksella ja lääkityksen kesto olisi suunniteltava mahdollisimman lyhyeksi. Jos haasteellista käyttäytymistä aletaan hoitaa lääkehoidolla, tulee pyrkiä löytämään käytösoireiden ydinoire, jonka mukaan lääke tulee valita. Myös potilaan yksilölliset haittavaikutuksille altistavat tekijät tulee huomioida lääkitystä valittaessa, kuten perussairaudet; Parkinsonin taudissa on tavanomaista, että ihmisellä on jäykkyyttä, jotkin käytösoireisiin tarkoitettut lääkeaineet voivat lisätä jäykkyyttä entisestään. Muistisairasta hoitavien ihmisten tulee myös olla tietoisia haittavaikutuksista ja niiden seuraamisesta. (Käypä hoito 2017; Koponen ym. 2014, 567; Eloniemi-Sulkava & Sulkava, 2008, 126-128; Kuronen, 2017, 14-15.)

Yleisimmät käytösoireisiin käytettävät lääkeryhmät ovat ahdistuneisuus-, masennus- ja psykoosilääkkeet. Näistä vaikeimpiin käytösoireisiin on käytetty psykoosilääkkeitä ja näitä tulisi käyttää vain yhtä valmistetta kerralla. Jos psykoosilääkitys aloitetaan haasteelliseen käyttäytymiseen, tulisi sen lopetusta suunnitella saman tien. Psykoosilääkkeistä hyöttyy n. puolet potilaista ja vaste näkyy noin kuukaudessa. Jos vastetta ei ole, tulee lääkitys lopettaa vähitellen, annosta pienentäen. (Koponen ym. 2015, 479-480; Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 126-128; Hurri, 2017, 44-45.)

4 MUISTISAIRAUDET JA HAASTEELLINEN KÄYTTÄYTYMINEN

4.1 Yleisimmät muistisairaudet Suomessa

Vuosittain Suomessa sairastuu yli 14 000 ihmistä johonkin muistisairauteen (Muistiliitto 2017a). 7000 sairastuneista on työikäisiä, eli alle 65-vuotiaita. (Muistiliitto 2017b). Maailmanlaajuisesti muistisairaudet koskettavat jopa 36 miljoonaa ihmistä ja ennustetaan, että luku ainakin kaksinkertaistuu vuoteen 2050 mennessä, joidenkin lähteiden mukaan luku jopa kolminkertaistuu. (Käypä hoito 2017; Department of Health 2014; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2014.)

Erilaisista muistisairauksista huolimatta muistisairauksien hoito ja oireet ovat samankaltaisia. Erilaisuuksia aiheuttaa lähinnä erilaiset elämäntilanteet ikääntyneiden ja työikäisten välillä. Työikäisillä on yleisesti ottaen parempi fyysinen kunto, toisinaan pieniä lapsia, työelämä ym. (Muistiliitto 2017b.)

Suomessa yleisimpiä muistisairauksia ovat Alzheimerin tauti, vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen sekä Levyn kappale tauti. Muistisairaudet rappeuttavat aivoja, lisäävät potilaan avuntarvetta heikentämällä toimintakykyä ja kasvattavat sosiaali- ja terveysalan menoja. (Käypä hoito 2017; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2014; Muistiliitto 2017.)

Muistisairauksiin ei ole parantavaa lääkitystä, vaan muistisairauksiin käytetyt lääkkeet ovat oirelääkkeitä. Lääkehoidolla ei voida vaikuttaa aivojen rappeutumiseen. Muistisairauksissa aivojen soluväliaineet tuhoutuvat, oirelääkityksellä pyritään vähentämään soluväliaineiden eliminaatiota ja kohentamaan potilaan viireystilaa. (Määttä 2017.)

Muistisairauksien hoidossa korostuu kokonaisvaltaisuus. On tärkeää huolehtia asianmukaisesta lääkehoidosta, lisäksi liikunta ja fyysinen kuntoilu sekä ravitus ovat tärkeitä painopisteitä muistisairaassa hoidossa. (Määttä 2017.)

4.1.1 Alzheimer

Alzheimerin tauti on yleisin etenevä muistisairaus ja Suomessa on arviolta vähintään 80 000 sairastunutta. Alzheimerin tauti on aivoja rappeuttava etenevä muistisairaus ja oireita aiheuttavat vauriot tietyissä aivoalueissa (Hongisto 2017; Käypä hoito-suositus 2016a; Juva 2015.) Taudinkuvaa hallitsevat tiedonkäsittelyssä tapahtuvat muutokset ja muisti on taudin kaikissa vaiheissa vaikeimmin vaurioitunut tiedonkäsittelyn osa-alue. Taudin esiintyvyys kasvaa iän myötä. Perimmäistä syytä taudille ei tiedetä. Sairaudenkesto on yleensä ensimmäisistä oireista kuolemaan yli 10 vuotta, joskin sairaudenkulku on hyvin yksilöllistä. (Remes, Hallikainen & Erkinjuntti 2015, 119-123.)

Alzheimerin taudissa aivomuutokset lisääntyvät ennustettavassa järjestyksessä. Tauti voidaankin kliinisen oirekuvan perusteella jakaa vaiheisiin: oireeton eli prekliininen vaihe, varhainen Alzheimerin tauti, lievä Alzheimerin tauti, keskivaikea ja vaikea Alzheimerin tauti. (Remes ym. 2015, 122.)

Yleensä ensimmäinen ja merkittävin oire Alzheimerin taudille on muistin heikentyminen. Sairauden edetessä myös monimutkaiset motoriset toiminnot vaikeutuvat ja myös kielelliset toiminnot heikentyvät. Toimintakyvyn ja omatoimisuuden lasku ja heikentyminen ovatkin yhteydessä muistin heikentymiseen. Sairauteen liittyy myös psyykkisiä oireita sekä haasteellista käyttäytymistä ja niitä esiintyy miltei kaikilla sairastuneilla jossain vaiheessa sairauden kulkua. Fyysinen aggressiivisuus, agitaatio ja levoton liikkuminen ovat hyvin yleisiä Alzheimerin tautia sairastavilla. Myös unihäiriöt, aistiharhat ja harhaluulot ovat hyvin tavallisia. (Sulkava 2016a, 108-114; Käypä hoito 2016a; Strandberg 2013.)

Alzheimerin tautiin ei ole parantavaa lääkitystä, mutta Alzheimerin tautiin on kehitetty lääkkeitä, joilla voidaan hidastaa taudin etenemistä sekä lievittää sairauden oireita. Yleisimmät lääkeaineet Alzheimerin taudin hoidossa ovat asetyyliholiiniesteraasin estäjät ja memantiini. Lääkitys tulisi aloittaa varhaisessa vaiheessa, kun sairaus on diagnosoitu, jolloin siitä on suurin hyöty (Alzheimer-info 2017a). Erilaiset lääkkeettömät hoitokeinot ja kuntoutus ovat kuitenkin hyvin tär-

keitä sairauden hoidossa. Lääkkeettömän hoidon tarkoituksena on oppia tunnistamaan oireita laukaisevia tekijöitä. Erilaiset terapiat ja sopeutumisvalmennuskurssit voivat olla apuna näissä. (Juva 2015; Juva 2016.)

4.1.2 Vaskulaarinen dementia

Jopa viidesosa Suomessa esiintyvistä etenevistä muistisairauksista on aivoverenkiertosairaudesta johtuva. Verisuoniperäinen muistisairaus onkin yleiskäsite erilaisille dementoiville aivoverenkiertosairauksille. Aivoinfarktit ja aivoverenvuodot voivat aiheuttaa aivohalvauksen, jonka jälkeen yleisiä oireita voivat olla mm. muistin, havaintotoimintojen, toiminnanohjauksen ja tiedonkäsittelyn oireet. Heikentymistä näillä osa-alueilla on todettu jopa 71 %, vaikkakin potilas olisi toipunut omatoimiseksi esim. aivoinfarktin jälkeen. Dementiaan asti aivohalvaus eteni n. 25% sairastuneista. (Käypä hoito 2016d.)

VCI eli vascular cognitive impairment, vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen on yläkäsite aivoverenkiertosairauksiin liittyvälle muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymiselle. Tässä sairaudessa voi olla rajallisia oireita tiedonkäsittelyn yhdellä tai useammalla osa-alueella. Toisaalta oireet voivat olla laaja-alaisiakin ja edetä vaikeaan muistisairauteen, vaskulaariseen dementiaan saakka. (Melkas, Jokinen & Erkinjuntti 2016; Käypä hoito 2016d.)

VCI jaetaan pienten aivoverisuonten, suurten aivoverisuonten ja kriittisellä alueella olleen infarktin aiheuttamiin muistisairauksiin. 70 prosentilla eli liki 250 000 potilaalla sairaus johtuu pienten aivoverisuonten sairaudesta. (Käypä hoito-suositus 2016d.)

Riskitekijöitä ovat mm. korkea verenpaine, korkea kolesterolipitoisuus, diabetes, ylipaino, liikunnan vähäisyys ja tupakointi. Riskitekijöiden hyvä hoitotasapaino sekä elämäntapamuutokset voivat vaikuttaa sairastumiseen. Matala koulutustason on tutkittu lisäävän riskiä sairastua muistisairauteen. (Melkas, Jokinen & Erkinjuntti 2016.)

VCI tai vaskulaarinen dementia eivät ole minkään lääkeaineen käyttöaiheita, mutta tiedonkäsittelyn osalta joistain lääkeaineista voi olla hyötyä. Antikoliinisteraasit galantamiini, donepetsiili ja rivastigmiini ovat käytettyjä lääkkeitä. Memantiini on NMDA-reseptoriantagonisti, josta voi olla myös hyötyä. (Melkas, Jokinen & Erkinjuntti 2016.)

4.1.3 Lewyn kappale-tauti

Lewyn kappale- tauti on dementiaa aiheuttavista sairauksista kolmanneksi yleisin ja sairastuneita on Suomessa noin 16 000 (Sulkava 2016b, 117). Se on etenevä muistisairaus ja sairastumisikä on yleensä 50-80 ikävuoden välillä. Lewyn kappale-tauti muistuttaa paljon Parkinsonin tautia ja erotusdiagnoosiikka onkin tärkeää. Sairauden ennuste vaihtelee erittäin paljon, elinikä sairastumisen jälkeen voi olla alle viisi vuotta tai jopa yli 30 vuotta. Syytä taudille ei tiedetä. (Rinne 2015, 166-167; Sulkava 2016b, 116-117; Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 212-213.)

Lewyn kappale - taudin tyypillisimmät oireet jaetaan tiedonkäsittelyssä tapahtuviin muutoksiin, psykoottisiin oireisiin ja ekstrapyramidaalisiin eli Parkinsonin tyyppisiin oireisiin. Tiedonkäsittelyssä tapahtuvat muutokset tulevat esiin erityisesti tarkkaavaisuuden ja avaruudellisen hahmottamisen kanssa. Myös vireystilassa tapahtuvat vaihtelut ovat tyypillisiä. Psykoottisia oireita voivat olla esimerkiksi näköharhat sekä erilaiset harhaluulot. Erityisesti näköharhat ovat tyypillisiä Lewyn kappaleen- tautia sairastavilla. Parkinsonin taudin tyypillisiä oireita ovat esimerkiksi hitaus, jäykkyys, kävelyvaikeudet, kasvojen ilmeettömyys jne. Älyllisen tason heikentyminen ja muistimuutokset taudin alkuvaiheessa eivät ole tyypillisiä, mutta sairauden edetessä muistikin heikkenee. (Kelo ym. 2015, 213-214; Käypä hoito-suositus 2016b; Sulkava 2016b, 116-117; Muistiliitto 2015.)

Lewyn kappale-tautiin ei ole olemassa lääkehoitoa, mutta muutamalla muistisairauksiin kehitetyillä lääkkeillä on havaittu positiivisia vaikutuksia myös Lewyn kappale-taudin oireiden hoitoon. Erityisesti haasteelliseen käyttäytymiseen ja tiedonkäsittelyongelmiin. Vaikeisiin käytösoireisiin voidaan myös käyttää psykoosilääkkeitä, tosin pienillä annoksilla, koska sairastuneet ovat herkkiä saamaan voimakkaita sivuvaikutuksia jo pienistäkin annosmääristä. Erityisesti neuroleptien

käytössä tulee olla hyvin varovainen. Hankaliin ekstrapyramidaalisiin oireisiin on mahdollista kokeilla Parkinsonin tautiin kehitettyjä lääkkeitä, mutta merkittävä vaste näistä on vain noin kolmasosalla oireista kärsivillä. (Rinne 2015, 170-171; Kelo ym. 2015, 214; Käypä hoito-suositus 2016b.)

4.2 Haasteellinen käyttäytyminen

Muistisairaahan käytösoireilla tarkoitetaan haitallisia psyykkisten toimintojen ja käyttäytymisen muutoksia (behavioral and psychological symptoms in dementia, BPSD). Käytösoireet voidaan luokitella psykologisiin oireisiin ja käyttäytymiseen liittyviin oireisiin. Psykologisia oireita ovat esimerkiksi masennus, ahdistuneisuus, aistiharhat ja harhaluulot sekä unihäiriöt. Käyttäytymisen oireita ovat taas esimerkiksi fyysinen aggressiivisuus, levottomuus eli agitaatio, estoton käyttäytyminen sekä huutelu. (Sulkava, Viramo & Eloniemi-Sulkava 1999; Vataja & Koponen 2015, 90-91.)

Kaikissa etenevissä muistisairauksissa esiintyy haasteellista käyttäytymistä. Osassa muistisairauksia ne ovat niin tavanomaisia, että ne ovat osa näiden sairauksien diagnostisia kriteereitä. Haasteellinen käyttäytyminen voi olla myös ensimmäinen muistisairauden oire. (Vataja ym. 2015, 90-91.)

Haasteellinen käyttäytyminen heikentää muistisairaiden ja heidän läheistensä elämänlaatua ja ne ovatkin tavallisin syy muistisairaahan joutumiseen laitoshoidon (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009, 232-234). Haasteellinen käyttäytyminen voidaan mieltää potilaslähtöisessä ajattelutavassa sairastuneen keinoksi hallita elämänsä, sopeutumispyrkimykseksi tai joksikin muuksi mielekkääksi toimintata-vaksi, jossa sairastunut sillä hetkellä on. (Eloniemi-Sulkava ym. 2016, 233.)

Opinnäytetyössämme olemme rajanneet käytösoireet neljään oireeseen: levottomuus-oireet, aggressiivisuus ja aistiharhat sekä harhaluulot. Näitä neljää oiretta käsittelemme tarkemmin seuraavissa kappaleissa.

4.2.1 Aggressiivisuus

Ihmiset voivat käyttäytyä joskus vihamielisesti. Muistisairaalla ihmiselle aggressiivisuuden taustalla on usein jokin syy, jota hän ei osaa suullisesti ilmaista. Syitä

voi olla erilaisia, esim. kipu, huono olo tai vaikkapa masennus. (Vataja, 2010, 93; Eloniemi-Sulkava, Sulkava, Viramo, 2006, 22.)

Aggressiivisuus voi olla fyysistä tai sanallista. Fyysinen aggressiivisuus voi ilmentua epätarkoituksenmukaisena voimankäyttönä tai suorana väkivaltana, yleensä se kohdistuu muistisairaahan hoitajiin tai omaisiin. Palveluasumisessa aggressiivisuus voi kohdistua myös toisiin asukkaisiin. (Eloniemi-Sulkava ym. 2006, 22.)

Aggressiivisuus voi ilmetä tietyissä tilanteissa, muistisairaalla voi olla kipuja, jolloin esimerkiksi suihkutilanteissa jokin tuottaa kipua, jolloin muistisairas voi vaikkapa lyödä hoitajaa. Tärkeää olisi, että aggressiivisuuden syyt koitettaisiin löytää ja niihin saataisiin asianmukainen hoito, esim. kipulääkitys kipuun, masennukseen mielialaa kohentava lääke. Jos aggressiivisuus ilmenee vain tietyissä tilanteissa, pitäisi tilanne koittaa tehdä muistisairaalle jollain keinolla mukavaksi muuttamalla tilannetta, hoitajan/omaisen toimintaa tai asennoitumista ko. tilanteeseen. (Eloniemi-Sulkava ym. 2006, 22.)

4.2.2 Fyysinen levottomuus eli agitaatio-oireet

Agitaatio-oireet ovat muistisairauden myöhäisvaiheen tavallisimpia käytösoireita ja niitä esiintyy 50-60% muistisairauksia sairastavista. Levottomuusoireet ovat usein pitkäkestoisia ja saattavat vaatia monien vuosien lääkehoitoa. Muistisairaahan levottomuus voi olla joko verbaalista tai fyysistä. Verbaalinen levottomuus voi ilmetä jatkuvana kyselynä, samojen asioiden toistamisena, huutamisena ja kiroiluna. Fyysinen levottomuus taas ilmenee jatkuvana kävelynä ja harhailuna, jonkin liikkeen toistuvana tekemisenä, karkailuna tai hoitajan varjostamisena. (Vataja ym. 2015, 90-92; Sulkava ym. 1999; Käypä hoito-suositus 2016c.)

Jos potilas kohtaa tiedonkäsittelyn kyvyilleen ylivoimaisen haasteen, voi tästä olla seurauksena katastrofireaktio eli äkillinen levottomuusoireisto. Se ilmenee tavallisesti itku-, huuto- tai aggressiivisuuskohtauksena. Nämä ovat usein tavallisia erilaisissa arkisissa tilanteissa, esimerkiksi pukeutumisessa ja peseytymisissä. (Vataja ym. 2015, 93.)

Levottomuuden taustalla on useimmiten syy, joka on jäänyt huomaamatta. Se voi olla esimerkiksi kipu, suru, huono olo tai muu sellainen asia, jota potilas ei välttämättä pysty kielellisesti kertomaan. Nämä tulisiin selvittää ennen kuin levottomuutta aletaan hoitamaan esimerkiksi lääkehoidon avulla. (Vataja ym. 2015, 92; Kelo ym. 2015, 221.)

4.2.3 Aistiharhat ja harha-ajatukset

Aistiharha eli hallusinaatio tarkoittaa aistimusta, joka syntyy ilman selkeää aistiärsykettä. Muistisairas voi nähdä tai kuulla asioita, joita ei ole olemassa. Lewyn kappale- taudissa aistiharhat ovat yleisiä, mutta myös muissa muistisairauksissa aistiharhoja esiintyy. Aistiharhat ja harhaluulot esiintyvät yleensä muistisairauden keskivaikeassa tai vaikeassa vaiheessa. (Sulkava ym. 2006, 26; Käypä hoitosuositus 2016c.)

Kuten kaikki käytösoireet, myös aistiharhat voivat heikentää muistisairaan toimintakykyä ja lisätä avuntarvetta. Kuulo- ja näköharhat ovat tavallisimpia aistiharhoja. Muistisairas voi kuulla esimerkiksi lapsen itkua tai melua, harvoin kuitenkaan selkeää puhetta. Joskus muistisairas voi myös nähdä joitain henkilöitä tai eläimiä, joita siis ei ole olemassa. (Sulkava ym. 2006, 26.)

Aistiharhojen ilmaantuessa, on tärkeää tutkia, mistä harhat voivat johtua. Näköharhat voivat johtua siitä, ettei muistisairas näe kunnolla. Aistivääristymän voi aiheuttaa esimerkiksi naulakossa riippuva takki joka näyttää ihmiseltä. Kuuloharjoja voi esiintyä esimerkiksi meluisissa tilanteissa, jolloin tilanteen rauhoittaminen voi auttaa. Somaattiset vaivat, kuten matala verenpaine voi aiheuttaa kuuloharjoja. (Sulkava ym. 2006, 27; Alzheimer-info 2017b.)

Harhaluulot eli deluusiot ovat yleisiä muistisairauksissa, niitä esiintyy tasaisesti kaikissa muistisairauksien vaikeusasteissa, joka kolmas muistisairas kärsii harhaluuloista. Harhaluulot voivat esiintyä niin mustasukkaisuutena kuin varastamisepäilyinäkin. Harhaluulot eivät yleensä muutu tai häviä. (Sulkava ym. 2006, 30-31.)

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Uuden tiedon tai teorian tutkiminen on kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoitus. Tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää tai selittää jokin ilmiö osallistujien näkökulmasta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tutkimukseen osallistujien tulee tietää tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon. Yleensä laadullisessa tutkimuksessa osallistujia on vähän, osallistujien lukumäärää tärkeämpää onkin, että osallistujien näkökulmat pääsevät esille. Liian moni osallistuja voi vaikeuttaa aineiston analyysia. (Kylmä & Juvakka 2007, 26-30; Tuomi & Sarajärvi 2009, 28; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161, 164.)

Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä voidaan valita, jos tutkittavaan aiheeseen halutaan saada uusi näkökulma. Myös asian tutkiminen ymmärryksen näkökulmasta on peruste kvalitatiiviselle tutkimukselle. Eri lähestymistapojen yhteisenä tavoitteena on löytää aineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 50.)

Toteutimme opinnäytetyömme laadullisena eli kvalitatiivisena tutkimuksena. Päädyimme laadulliseen tutkimukseen, koska tutkimuksemme lähtökohtana on ihminen (Kylmä & Juvakka 2007, 16). Työmme tarkoituksena onkin hoitajien kokemusten kautta selvittää, onko lyhytaikaisella hoidolla vaikutuksia muistisairaankäyttäytymiseen. Määrällinen tutkimus ei tässä tapauksessa olisi tullut kyseeseen, koska opinnäytetyömme pohjautuu kokemuksiin, joten yleistettävää tietoa ei olisi näin ollut mahdollista saada. Laadullinen tutkimus eroaakin määrällisestä siten, että kysymykset ovat laajempia ja niihin ei voi vastata yhdellä sanalla. (Shuttleworth 2008.)

5.2 Tutkimukseen osallistujat ja aineistonkeruu

Tutkimuksen toteutimme haastattelemalla työyhteisön hoitohenkilökuntaa. Haastattelun toteutimme ryhmähaastatteluna. Ryhmähaastatteluun osallistui 3 haastateltavaa hoitohenkilökunnasta, 1 sairaanhoitaja ja kaksi lähihoitajaa. Osaston osastonhoitaja valikoi haastatteluun tulevat hoitajat työvuoron perusteella. Haastattelussa toinen meistä haastatteli ryhmää ja toinen teki muistiinpanoja ja kyseli tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä, jos sellaisia tuli mieleen. Haastattelu nauhoitettiin sekä nauhurilla että puhelimella. Aineiston analyysin jälkeen tiedostot ovat poistettu.

Haastattelu toteutettiin puolistrukturoituna haastatteluna, eli mietimme etukäteen teemat haastattelulle. Teemahaastattelussa on tarkoitus pyrkiä löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimustehtävän mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 75.) Teemahaastatteluun päädyimme, koska haastattelussa on käytettävissä vain rajallinen aika, valmiilla teemoilla aiheessa pysyminen oli helpompaa, eikä keskustelu rönsyillyt. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65-66, 121-126; Kylmä & Juvakka 2007, 76-80.)

Ryhmähaastattelun etuna on tiedon saaminen useammalta ihmiseltä yhtäaikaaisesti. Ryhmän sisäisen vuorovaikutuksen vuoksi osallistujat voivat muistaa tiettyjä asioita toisen kertoman pohjalta. Toimitimme haastatteluun osallistujille etukäteen kirjeet, joissa oli teemat (LIITE 1), jotta he voivat valmistautua haastatteluun. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 121-126; Kylmä & Juvakka 2007, 76-80.)

Teemoja olivat opinnäytetyön käsitteemme; lyhytaikainen hoito, ympäristö, haasteellinen käyttäytyminen, ammatillinen osaaminen ja hoitotyön menetelmät. Kirjasimme hoitajille etukäteen toimitettaviin lomakkeisiin myös tietoa haastattelusta ja mahdollisuudesta kieltäytyä siitä missä vaiheessa vain. Osastonhoitaja toimitti lomakkeet hoitohenkilökunnalle n. kahta viikkoa ennen haastattelua.

Toimeksiantajan kanssa on sovittu, että esittelemme opinnäytetyömme tuloksia työyhteisössä, esimerkiksi osastotunnilla, tällöin koko työyhteisö saa mahdollisesti menetelmiä hoitotyöhön. Lisäksi yksi kappale opinnäytetyöstä toimitetaan Rovaniemen kaupungin perusturvan toimialan käyttöön.

5.3 Aineiston analyysi

Aineistonkeruun jälkeen aloitimme analyysivaiheen. Analyysi tarkoittaa sitä, että sisältöä käydään läpi valitulla tutkimusmenetelmällä, tässä tapauksessa siis laadullisesti. Analyysin tavoitteena on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Kokemuksellisen eli empiirisen aineiston analyysissä analyysimetodi korostuu. Näiden kuvailulla on mahdollisuus arvioida tutkimusta ja sen uskottavuutta. Kvalitatiivisen tutkimuksen aineistoa tulee analysoida jo aineistonkeruun yhteydessä. (Tuomi & Sajavaara, 2009, 20-21, 108; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 165.)

Aineistojen analyysi on kvalitatiivisessa tutkimusprosessissa erittäin haasteellinen osa. Kvalitatiivisen tutkimuksen tekijät käyttävät samankaltaisia perustekniikoita aineistojensa analyysissä. Näihin tekniikoihin sisältyy mm. koodausta, muistiinpanoja, merkintöjä ja väittämien muodostusta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163-164.)

Sisällönanalyysi voi olla aineisto-, teorialähtöistä tai teoriasidonnaista, induktiivista, deduktiivista tai abduktiivista analyysia. Työssämme aineiston sisällönanalyysin toteutimme abduktiivisella analyysimenetelmällä. Opinnäytetyötämme aloittaessa, tiesimme ympäristön vaikuttavan muistisairaahan käyttäytymiseen jollain tapaa, työssämme halusimme tutkia miten hoitajat kokevat tämän käytännössä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96-97.)

Abduktiivisessa sisällönanalyysimenetelmässä aineisto ja teoria vuorottelevat, teoriasta etsitään vahvistusta aineiston tuomille löydöksille. Tässä tutkimusmenetelmässä analyysi ei perustu teoriaan, mutta aiemman teorian tiedon vaikutukset

ovat näkyvissä. Meidän työssämme peilasimme tulosten tarkastelussa haastattelun aineistoa teorian tietoon. (Kananen 2008, 91; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167; Tuomi & Sarajärvi 2009, 96-97.)

Aloitimme analyysin teon haastattelun kuuntelemisella ja sen litteroimisella eli auki kirjoittamisella sanatarkasti. Haastattelu oli kestoaltaan 40 minuuttia ja auki kirjoitettuna 8 sivua tekstiä. Luimme litteroidun haastattelun moneen kertaan läpi ja keskustelimme aiheesta ja pohdimme haastattelussa esiin tullutta sanatontakin viestintää. (Tuomi & Sajavaara, 2009,108.)

Teimme haastattelusta käsitekarttoja liittyen teemoihin, jotka pohjautuivat aiempaan teorian tietoomme ja tutkimuskysymyksiimme, näin saimme aineiston pirstotua pienempiin osuuksiin. Samalla tapahtui laadulliseen analyysiin kuuluvaa käsitteellistämistä, josta muodostui lisää käsitteitä. Käsitekarttojen ja ryhmittelyn jälkeen aloimme luoda teoreettisia käsitteitä, jotka tosin olivat meillä jo tiedossa ja ne ohjasivat sisällönanalyysiamme osittain. Tässä tapauksessa teoria ohjasi meitä, koska meillä oli teemahaastattelussa jo valmiit käsitteet työlemme, jotka eivät haastattelussa muuttuneet. Niiden pohjalta abstrahointi eli käsitteellistäminen tapahtui. Kun aloimme analysoimaan aineistoa, peilasimme jo kerättyyn teorian tietoon haastattelussa ilmenneitä asioita. Kun uutta käytännöntietoa tuli ilmi, etsimme niihin lisää teorian tietoa, johon niitä peilattiin. (Tuomi & Sajavaara 2009,108.)

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Muistisairaudet

Haastattelussa selvisi, että palvelutalo Näsmänkiepissä osastoilla 1 ja 2 on asukkaita, joilla on erilaisia muistisairauksia. Osastoilla esiintyy sekä pitkäaikaisilla asukkailla että lyhytaikaiseen hoitoon tulevilla asiakkaila Alzheimeria, verisuoniperäistä dementiaa, Lewyn kappale-tautia ja alkoholin aiheuttamaa dementiaa.

Osastolla hoidetaan asukkaita yksilöinä, oli muistisairaus mikä tahansa. Haastattelussa korostui asiakaslähtöinen ajattelu, jokainen hoitaja kertoi, että asukkailla on yksilöllisiä tarpeita, vaikkakin muistisairauksissa on omat erityispiirteensä.

”Jokainen on yksilö, vaikka sillä olis diagnoosina mikä”

Näsmänkiepin hoitajat kokevat, että enemmän tietoa muistisairauksista olisi hyvä olla. Haastateltavat toivoivat koulutuksia eri muistisairauksien erityispiirteistä. Osastolla on muistikansio, johon on koottu tietoa, mutta se ei ole aktiivisessa käytössä. Haastattelussa ei käynyt ilmi, miksi muistikansio on vähällä käytöllä.

”Sais olla kyllä enemmänkin tietoa eri muistisairauksista.”

6.2 Haasteellinen käyttäytyminen

Haastateltavat kertoivat, että osastoilla olevilla muistisairaila esiintyy haastavaa käyttäytymistä. Hoitajien mukaan varsinkin ensimmäisillä jaksoilla haastavaa käyttäytymistä esiintyy, miehillä tämä vielä korostuu.

”aina kun uutena tulee niin parilla ensimmäisellä jaksolla niitä saattaa esiintyä... varsinkin miehet, ne ei tajua miksi ne on tullut”

Osastoilla ilmenee levottomuutta, joka esiintyy yleisimmin osastolla. Äkkipikaisuus on myös tavallista, asukkaat voivat kimpaantua yhtäkkisesti. Aistiharhoja ja harhaluuloja on monillakin, haastattelussa kuitenkin ilmenee, etteivät hoitajat

pidä viimeisenä mainittuja haasteellisena käyttäytymisenä, koska ne harvoin kohdistuu hoitajiin, vaan asukas voi nähdä vaikkapa hämähäkinseitejä seinillä. Sanallista aggressiivisuutta hoitajat kertovat joutuvansa hoitotyössä kokemaan.

6.3 Ammatillinen osaaminen ja hoitotyön menetelmät

Haasteellisesti käyttäytyvän asukkaan hoitaminen koettiin vaikeammaksi, kuin sellaisen muistisairaana, jolla käytösoireita ei esiinny. Usein hoitotyössä pyritään kääntämään asukkaan ajatukset muualle, jos käytösoireita esim. sanallista aggressiivisuutta esiintyy, haastateltavat kertoivat.

Hoitajat kertoivat, että haastavasti käyttäytyvän asiakkaan hoidossa 95% on lääkkeetöntä hoitoa. Osalla jaksohoitoon tulevista on käytössä tarvittava lääke, mutta se ei ole jaksolla mukana ja osastolla ei ole lääkevarastoa. Tällöin asukas on saatava rauhoittumaan muilla keinoilla. Hoitajat kokevat pieneksi ongelmaksi myös sen, että lyhytaikaiseen hoitoon tulevilla ei ole hoitosuhdetta Näsänkierpin omaan lääkäriin ja lääkityksen suhteen muutoksia ei jaksolla voida tehdä. Tässä tapauksessa tosin korostuu jaksolla tehtävä kirjaaminen, hoitajat kertoivat, että se on todella tärkeää. Kirjauksissa tulee käydä ilmi, milloin, missä tilanteessa, miten potilas on esimerkiksi käyttäytynyt aggressiivisesti. Hoitajat kertovat, että kirjauksista on tullut hyvää palautetta, kun ne ovat olleet kattavia.

Haastattelussa ilmeni, että parhaita keinoja asukasta rauhoittamaan ovat ajan antaminen asukkaalle, keskustelu ja koskettaminen. Näillä keinoilla huomio voidaan saada pois asukkaan mieltä painavasta ja haastavaa käyttäytymistä aiheuttavasta asiasta. Jos asukasta ei saada rauhoittumaan osastolla, täytyy hoitajien konsultoida päivystyksen lääkäriä ja saada asukas muualle hoitoon, esim. Lapin keskussairaalaan tai Muurolan psykiatriseen sairaalaan.

”Tietenkin jos on tosi akuutti tilanne, niin silloin laitetaan päivystykseen”

Osastoilla ulko-ovet ovat lukittuja, mutta muilla keinoilla asukkaita ei rajoiteta ilman lääkärin lupaa, esimerkiksi sängyn laidan nostamiseen, pyörätuolin haara-

vyöhön tarvitsee lääkärin luvan ja tämä on hoitajilla tiedossa. Lisäksi hoitajat kertoivat, että lääkäriltä saadut luvat ovat määräaikaista ja rajoitteiden käytössä on pohdittava turvallisuutta, onko sängynlaidan alhaalla pitäminen turvallisempaa kuin asukkaan ”hyppääminen” laidan yli?

Haastateltavat kertoivat, että jotkut käytösoireet ”tarttuvat”. Moni ennen rauhallinen asukas muuttuu levottomaksi, kun jaksolla on levoton asukas, joka kulkee käytävillä. Välillä hoitajat kokevat riittämättömyyttä työssään. Riittämättömyyden tunne johtuu siitä, että aikaa ei ole tarpeeksi, esimerkiksi yövuoroissa. Lisäksi osastoilla on pitkäaikaistasukkaita, jotka voivat olla esimerkiksi saattohoidossa, jolloin resursseja pitäisi riittää sekä kuolevan potilaan hoitoon, että haastavasti käyttäytyvän muistisairaana rauhoittamiseen.

”esimerkiksi viis miestä, jotka käyttäytyy levottomasti ja yöt kuppasee, ovat lähössä ja aukovat ovia niin ne ovat vaikeita ku ei riitä käet ja jalat.... yhtä käytät vessassa, niin on kymmenen käytävällä”

”mie koen ongelmaksi sen, että yöllä ku oot yksin, niin jos joku on oikeasti väkivaltainen...mie koen sen tilanteen tosi avuttomaksi ku sun pitää suojella niitä ihmisiä, jotka on siinä käytävällä ja itsekin pysyä turvassa, ne on sellaisia tosi inhottavia tilanteita, tuntee itensä riittämättömäksi”

Hoitajat ovat kokeneet, että asukas voidaan saada rauhoittumaan esimerkiksi ottamalla hänet mukaan päivittäisiin toimintoihin. Varsinkin naiset ovat innokkaita osallistumaan keittiötöihin, esim. pöytien pyyhkiminen ym. Myös aktiviteettien merkitys korostuu, jos asukkaalla on tylsää, haastavaa käytöstä esiintyy enemmän. Osastolla on järjestetty erilaisia aktiviteetteja kuten ”äijä-kerhoa” ja ”daami-kerhoa”, lehdenluku ja jumppatuokiot kuuluvat myös osastojen aktiviteetteihin. Lisäksi 3.sektorin toimijat järjestävät toimintaa, esim. Neuvokas.

Hoitajan rauhallisuus ja asenne muistisairaana hoitotyössä ovat tärkeitä tekijöitä hoidon kannalta. Hoitajat kertoivat, että omalla persoonalla on suuri merkitys. Toisinaan kuitenkin hoitajan vaihtuminen saa asukkaan yhteistyökykyiseksi, välillä myös hoitajan sukupuolella on merkitystä.

Hoitajat ovat saaneet aiemmin koulutusta aggressiivisten potilaan kohtaamiseen ja kokivat sen hyväksi. Dementiakoulutuksiakin on järjestetty, mutta hoitajien mukaan niitä ei ole viime aikoina ollut. Nyt koulutusta kaivattaisiin haastavasti käyttäytyvän asiakkaan hoitoon liittyvistä asioista, muistisairauksista ja niiden erityispiirteistä.

6.4 Lyhytaikainen hoito ja sen kehittäminen

Lyhytaikainen hoito kestää yleensä kolmesta päivästä kahteen viikkoon. Asukkaat vaihtuvat lähestulkoon päivittäin, parhaimmillaan vaihtoja on ollut kahdeksan päivässä. Toisinaan jaksohoitoon voi tulla asukas akuutistikin, jos esimerkiksi kotona asuva omaishoitaja sairastuu yhtäkkiä.

Ennen suunniteltua jaksoa, hoitajat ovat yhteydessä kotiin, että mitä jaksohoitoon tulee ottaa mukaan. Jos asukas on kotihoidon asiakas, hoitajat saavat tietoa asukkaasta potilastietojärjestelmästä. Jos asukas ei ole kotipalvelun asiakas tai hän tulee jaksolle akuutisti, hoitajilla ei ole tietoa asukkaasta.

”Jotku tulee niin, ettei oo mitään mukana ja jotku niin ku olis talvisottaan lähössä, on täkkiä ja tyynyä”

Hoitajat kertoivat, että lyhytaikainen hoito vaikuttaa käytösoireisiin. Mutta se vaikuttaa jokaiseen yksilöllisesti. Toisilla haasteellinen käyttäytyminen voi pahentua, mutta on niitäkin jaksohoitoon tulevia, joiden kerrotaan kotona olleen aggressiivisiä, mutta jaksolla käytösoireista ei ole tietoaakaan.

Ensimmäiset kerrat jaksolla ovat yleensä vaikeampia, mutta kun hoitajat ja talo tulevat tutuiksi, on asukkailla helpompaa olla jaksolla eikä haastavaa käyttäytymistä esiinny niin paljon. Hoitajat kokevatkin, että heille suunniteltu työnkierto osastojen välillä ei välttämättä ole hyväksi asukkaiden kannalta. Hoitajien mukaan potilasturvallisuus voi vaarantua, hoitajat eivät tunne asukkaita eikä välttämättä käytössä olevia lääkkeitä, jolloin lääkkeiden tarkastaminen vie aikaa

muulta hoitotyöltä. Lisäksi haastavan käyttäytymisen arvellaan lisääntyvän, koska hoitajat vaihtuvat eivätkä asukkaat tunne uusia hoitajia.

Kysyimme hoitajilta, miten jaksohoito olisi entistä laadukkaampaa. Vastauksissa korostui jaksojen tiheys; hoitajat kokevat, että asukas ei totu hoitajiin ja hoitopaikkaan, jos hoitojaksojen välit ovat liian pitkiä. Jatkuvuus on hoitajien mielestä tärkeää. He kertoivat että, asukkaalle olisi tärkeää, jos hän pääsisi samalla osastolle ja mahdollisesti jopa samaan huoneeseen. Hoitajat kokevat myös, että oikea asukas tulee laittaa oikeaan paikkaan jaksohoitoon. Palvelutalon osastoilla on hoitajien kertoman mukaan ollut nuoria, fyysisesti hyväkuntoisia, muistisairaita miehiä, jotka hoitajat ovat kokeneet pelottaviksi. Hoitajien mukaan osasto ei palvele heidän tarpeitaan, vaan he tarvitsisivat pienemmän yksikön, jossa olisi paremmat resurssit hoitaa heitä.

”kyllä se on se henkilökunnan kouluttaminen, säännöllinen semmonen... Ja just se jatkuvuus. Sama paikka ja sitten siitä jaksoja olis tarpeeksi usein... tulotilanteissa jo hymyilee, kun muistavat.

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tulosten perusteella lyhytaikaiseen hoitoon tulevilla muistisairaille on haasteellista käyttäytymistä erityisesti jaksottaisen hoidon ensimmäisinä päivinä. Saarnion, Isolan ja Mustosen tekemässä tutkimuksessa sanotaankin, että muistisairas on eksyksissä uudessa ympäristössä ja hän kokee turvattomuutta, jolloin haasteellista käyttäytymistä voi esiintyä. (Saarnio, Isola & Mustonen 2011, 46-47.) Tämä voisikin selittää käytösoireiden sijoittumisen juuri ensimmäisiin päiviin jaksohoitoon tultaessa.

Haastattelussa tuli esiin, että osastolla on eri muistisairauksia sairastavia ihmisiä, joilla esiintyy monenlaisia käytösoireita. Haasteellinen käyttäytyminen kuuluu eteneviin muistisairauksiin jossain sairauden vaiheessa (Vataja ym. 2015, 90-91). Rovaniemen kaupungin sivuilla sanotaan, että jaksohoitoa voi hakea, jos kotona

ilmenee haasteellista käyttäytymistä ja tarvitaan tilanteen rauhoittamista. Harvemmin jaksohoitoon hakeudutaan kotona ilmenevien käytösoireiden vuoksi, kertoivat Näsmänpiepin hoitajat. (Rovaniemi 2017.)

Kun kotona korostuvat mielialaoireet, laitoshoidossa, eli tässä tapauksessa jaksohoidolla asukkailla on enemmän kiihtyneisyyttä ja aggressiivisuutta. Levottomuus osoittautuu yleiseksi käytösoireeksi Näsmänpiepin palvelukodissa. Ympäristön oudot äänet, toisten asukkaiden levottomuus, tuntemattomat hoitajat voivat lisätä haasteellista käyttäytymistä, lisäksi Saarnion ym. tutkimuksessa (2011) todetaan levottomuuden herkästi tarttuvan ja näin kertovat myös Näsmänpiepin palvelutalon hoitajat.

Näsmänpiepin palvelutalon hoitajat kertovat haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaahan hoitotyössä korostuvan lääkkeettömät hoitokeinot. Hoitajat pyrkivät rauhoittamaan käytösoireista muistisairasta antamalla aikaa asukkaalle, kääntämällä ajatukset muualle, keskustelemalla ja koskettamalla. Lisäksi oman persoonan hyödyntämistä hoitajat korostavat. Myös Saarnion ym. tutkimuksessa ja Kurosen väitöskirjassa todetaan näiden olevan hyviä hoitokäytäntöjä. Saarnion ym. tutkimuksessa kerrotaan kolme hyvää toimintatapaa, persoona, järkipäristäminen ja intuitiivisuus. Persoonan käyttäminen tarkoittaa, että hoitaja hyödyntää omaa huumoriaan, luovuuttaan ja ihmisyyttään. Järkipäristäminen, jolloin hoitaja perustelee, ohjaa, vakuuttuu ja muokkaa ympäristöä asukkaan tarpeiden mukaan. Intuitiivinen toiminta on ennaltaehkäisyä, mukaan menemistä ja dementoituvan vanhuksen huomion ohjaamista muualle. (Saarnio ym. 2011, 48; Hurri 2017, 44.)

Hoitajat kertoivat yhdeksi rauhoittamiskeinoksi asukkaiden ottamisen mukaan päivittäisiin toimintoihin, sekä erilaisiin aktiviteetteihin. Niin hoitajat Näsmänpiepeissä kuin Marja Kurosenkin (2017) on todennut, että virikkeettömyys voi lisätä haastavaa käyttäytymistä, esim. harha-aistimuksia.

Näsmänpiepin palvelutalossa asukkaita ei rajoiteta perusteettomasti. Hoitajat tietävät rajoittamiseen liittyvät erityispiirteet, esim. lääkärin luvan tarpeen. Onkin tutkittu, että terveyskeskusten vuodeosastoilla rajoittaminen niin fyysisesti kuin lääkkeilläkin, on huomattavasti yleisempää kuin vanhainkodeissa/palvelutaloissa. (Saarnio ym. 2011, 46.)

Osastoilla on käytössä pääsääntöisesti lääkkeettömät hoitokeinot käytösoireiden lieventämisessä. Lääkehoito on käytössä tarpeen vaatiessa. Lääkehoidon vastetta tulee seurata ja tarvittaessa kyseenalaistaa. Jos asukasta ei saada rauhoittumaan, pyytää hoitajat apua ensihoidolta, jotka toimittavat asukkaan tarkempaan arviointiin, jossa asukasta voidaan lääkärin määräyksestä lääkittää asiantuntevasti. (Suhonen ym. 2008; Hurri, 2017, 44.)

Kysyttäessä hoitajilta kehittämisideoita lyhytaikaiseen hoitoon he tuovat esille säännöllisyyden, jatkuvuuden ja tarpeeksi usein olevat jaksot. Tämä tulee ilmi myös Kurosen (2017) väitöstutkimuksessa, jossa todetaan, että esimerkiksi vaihtuvat hoitajat voivat lisätä haasteellista käyttäytymistä. Hoitajat kertovat, että mitä useammin asukas käy heillä, sitä vaivattomammaksi jaksot muuttuvat ja käytösoireita ei ilmene niin paljoa, kun ympäristö on jo tuttu. (Hurri, 2017, 45.)

Haastattelun aikana korostui, että hoitajat työskentelevät asiakaslähtöisesti. Eloniemi-Sulkavan ja Savikon teoksessa Mielenmuutos muistisairaiden ihmisten hoidossa, kerrotaan että, asiakaslähtöinen ajattelu vähentää haasteellista käyttäytymistä. (Eloniemi-Sulkava, Savikko, Kotilainen, Köykkä, Numminen, Saarenheimo, Suominen & Topo 2011, 24.)

Näsmänkiepin palvelutalon osastojen 1 ja 2 hoitajat kaipaavat koulutusta niin muistisairauksien erityispiirteistä kuin niihin liittyvästä haasteellisesta käyttäytymisestä. Uusin tieto ja ammatillinen kehittyminen lisäisivät jaksottaisen hoidon laatua. Hoitajien omalla vastuulla on kouluttautua, mutta myös työnantajan vastuulla on antaa työntekijöille sellaista täydennyskoulutusta, joka ylläpitää ja kehittää työssä tarvittavaa osaamista. (Sairaanhoitajat 2014; Kuntatyönantajat 2006.) Koponen ja Vataja ovat kirjoittaneet teoksessa Muistisairaudet (2015), että haasteellisesti käyttäytyvää muistisairasta hoitava henkilökunta tarvitseekin riittävästi tietoa sekä tukea jaksakseen ajoittain raskaissakin työtehtävissä sekä mahdollisuuksia ammatilliseen kehittymiseen.

7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Olemme tehneet opinnäytetyömme noudattaen hyviä eettisiä toimintatapoja eli teimme työmme rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti koko prosessin ajan, esim. haastattelu litteroitiin tarkoin ja johtopäätökset ovat rehellisiä ja luotettavia.

Olemme halunneet käyttää haastateltavien suoria lainauksia opinnäytetyösämme koska osa sanonnoista oli niin osuvia tai omaperäisiä ja mielestämme haastateltavien henkilökohtaiset kokemukset tekevät työstämme rikkaamman. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-2014; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23-25, 120.)

Olemme käyttäneet lähdeaineistona mahdollisimman tuoretta, näyttöön perustuvaa tietoa lähdeaineistoa kriittisesti valiten. Lähdeviittaukset olemme tehneet Lapin ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti. Toteutimme ja raportoimme työtämme ennalta sovitulla tavalla tasapuolisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-2014; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23-25.)

Tutkimuksen kohteena ollessa ihminen, on tutkimuksen luotettavuuden perustana tutkittavien yhteistyöhalu. Lähtökohtana onkin, että tutkittavia kohdellaan rehellisesti ja kunnioittavasti. Tutkittavilta tulee pyytää lupa tutkimukseen osallistumiseen. Tässä opinnäytetyössä tutkimussuhde tutkittaviin on välitön, koska toteutimme sen haastatteluna. (Leino-Kilpi 2014, 368-369.)

Luotettavuutta voidaan arvioida laadullisessa tutkimuksessa esimerkiksi seuraavien kriteerein: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuus ilmenee työssämme niin, että haastateltavien kokemukset ovat heidän omia kertomuksiansa ja kokemuksiansa. Olemme analysoineet omaa toimintaamme koko opinnäytetyönprosessin ajan ja miettineet omien hypoteesien vaikutusta tutkimustuloksiin. Siirrettävyys tarkoittaa sitä, että voiko tutkimustulokset siirtää toiseen ympäristöön, mielestämme tutkimustuloksissa kerrottu säännöllisyyden tarve on tärkeää joka paikassa, missä muistisairaita on. Vahvistettavuus on hankala kriteeri, koska toinen tutkija voisi aineistomme kautta päätyä eri johtopäätökseen. (Kananen 2015, 352-355.)

Tutkimuksessamme kiinnitimme huomiota haastateltavien oikeuksiin, joista kerroimme kattavasti osastolle etukäteen toimitetussa kirjeessä (LIITE1). Kerroimme teemojen mukaisesti niissä tulevasta haastattelusta ja toimme esiin haastatelta-

vien mahdollisuuden kieltäytyä haastattelusta, milloin vain prosessin aikana. Kirjeessä tuli esiin myös se, että haastattelu nauhoitetaan ja haastateltavien henkilöllisyys ei tule missään tutkimuksen vaiheessa esille.

7.3 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön tekeminen on ollut opettava ja haastava projekti. Saamamme aihe on ollut mielenkiintoinen, koska meillä molemmilla on kiinnostus gerontologiseen hoitotyöhön. Molemmilla meistä on aiempaa kokemusta muistisairaiden kanssa toimimisesta, kuitenkin uutta voi aina oppia. Aihe valikoituikin osittain omien kokemusten ja kehittämistarpeiden pohjalta.

Projektin aikana olemme oppineet niin hoitotyöstä, kuin tutkimuksen tekemisestäkin. Olemme saaneet konkreettista tietoa muistisairauksista ja käytösoireista, lisäksi siitä, mikä aiheuttaa ja vaikuttaa muistisairaahan mahdollisiin käytösoireisiin. Näiden kautta olemme saaneet näyttöön perustuvaa tietoa sairauksista, jota voimme hyödyntää hoitotyössä. Lisäksi ammattilaisten näkökulmat ovat tuoneet käytännönläheisempiä kokemuksia meille ja uusia keinoja omaan hoitotyöhön.

Haasteita kohtasimme ajankäytössä. Vaikka työmme oli mielestämme hyvin suunniteltu ja aikataulut selviä niin kummankin meidän arki, niin työt kuin lapsetkin toivat muuttuvia tekijöitä aikataulumme. Niistä huolimatta olemme tehneet ahkerasti työtämme, tasapuolisesti ja toisiamme kannustaen!

Työ on herättänyt meissä paljon ajatuksia. Olemme pohtineet vanhustenhoitoa yleisesti; hoitajamitoituksia, hoitotyön tulevaisuutta, laadukasta hoitoa. Erilaiset keskustelut edellä mainittujen asioiden pohjalta ovat tuoneet uusia näkökulmia myös omiin eettisiin ajattelutapoihin, on omalla vastuulla hakea lisää tietoa asioista ja kouluttautua.

Tavoitteenamme oli löytää menetelmiä, jotka helpottaisivat haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaahan sopeutumista lyhytaikaiseen jaksohoitoon. Niin kokemukset kuin teoriakin toivat esille aktiviteettien tärkeyden, mutta myös rauhallisen ym-

päristön merkityksen. Lisäksi oman persoonan käyttö on tärkeää. Oman ammatitaidon ylläpito lisäkoulutuksia hyödyntäen voimme mahdollisesti vähentää haasteellista käyttäytymistä, koska ymmärrämme sitä paremmin.

Työmme on ajankohtainen koska, ikääntyneet lisääntyvät koko ajan ja muistisairaudet ikääntymisen myötä. Erilaisia tutkimuksia haasteellisesta käyttäytymisestä on tehty, tälle vuodelle jo kaksi väitöskirjaa Itä-Suomen yliopistosta. Vanhustenhoitoon liittyvät asiat ovat jatkuvasti julkisuudessa esillä, yleensä negatiivisesti. Opinnäytetyöllämme haluamme itsellemme ja Näsmänpäivän hoitohenkilökunnalle ajattelemisen aihetta parempaan, laadukkaampaan ja ihmisarvoisempaan vanhustenhoitoon.

7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Aloittaessamme opinnäytetyötä, arvelimme, että jaksottaisella hoidolla on vaikutusta muistisairaahan käyttäytymiseen. Tämä on tullut ilmi aiemmin työskennellessämme hoitoalalla. Tutkimus vahvisti tämän todeksi, muidenkin hoitajien käytännön kokemuksen sekä teorian kautta. Ympäristön vaihdos voi luoda ikääntyneelle muistisairaalle turvattomuutta, jolloin haasteellinen käyttäytyminen voi korostua (Saarnio, Isola & Mustonen, 2011, 46-47).

Niin teoria, kuin käytännönkokemuksetkin kertovat, että lääkkeettömät hoitokeinot ovat ensisijaisia käytösoireiden hoidossa. On mielestämme hienoa huomata, että hoitajat Näsmänpäivän palvelutalossa ovat valmiita hoitamaan haasteellista käyttäytymistä persoonallaan, eivätkä turvaudu heti lääkehoitoon. On kuitenkin huomioitava, että joissain tapauksissa käytösoireiden lääkehoito voi olla tarpeellista, jos sillä saadaan muistisairaahan olo paremmaksi, esimerkiksi ahdistuneisuus ilmenee sanallisena tai fyysisenä aggressiivisuutena ja muistisairas on vaaraksi joko itselleen tai muille. (Käypä hoito-suositus 2016c.)

Tutkimuksen mukaan jatkuvuus on tärkeää. Hoitajat kertovat, että jatkuvuudella voidaan kehittää jaksottaista hoitoa, kun asiakas tulisi aina samaan paikkaan, tietyin väliajoin. Kuten aiemmin on käynyt ilmi, hoitajat kertovat, että jaksohoidon alkumetreillä asukkailla on enemmän haasteellista käyttäytymistä, he toivovatkin

koulutusta käytösoireisen hoitoon, jotta heidän hoitaminen ja käytösoireiden ymmärtäminen olisi helpompaa. Hoitohenkilökunnan koulutuksella voi olla hyviä vaikutuksia haasteellisen käyttäytymisen vähenemiseen (Eloniemi-Sulkava & Savikko, 232).

Tutkimuksen aikana pohdimme, miten omaiset kokevat jaksottaisen hoidon. Haastattelussakin selvisi, ettei omaiset välttämättä edes uskalla kertoa läheiselleen, mihin tämä on lähdössä tai jaksohoitoon saapuvat muistisairaat ovat tulleet ”kuntoutukseen” ja ihmettelevät siellä ollessaan, ettei kuntoutusta olekaan. Jatkotutkimusaiheena voisikin olla omaisten kokemukset jaksohoidosta. Myös jaksohoidon parantaminen/kehittäminen omaisten näkökulmasta kiinnostaisi, mitä lisää tai vähemmän he kaipaisivat jaksohoitoon ja mitä niistä toiveista olisi mahdollista toteuttaa.

Tutkimuksemme pohjalta heräsi myös ajatus toiminnallisesta opinnäytetyöstä, jossa osastolla oleva muistikansio päivitettäisiin niin, että hoitajat käyttäisivät sitä taas ja palaisivat siihen tarpeen tullen.

LÄHTEET

Alzheimer-info 2017a. Alzheimerin taudin lääkehoito lisää potilaiden omatoimisuutta. Viitattu 12.9.2017 <http://www.alzheimerinfo.fi/hoito/alzheimerin-taudin-laeakehoito-lisaa-potilaiden-omatoimisuutta>

Alzheimer-info 2017b. Käyttöoireet lisääntyvät Alzheimerin taudin edetessä. Viitattu 15.9.2017. <http://www.alzheimerinfo.fi/oireet/kaeytoesoireet-lisaaentyvaet-alzheimerin-taudin-edetessae>

Department of Health 2014. G8 dementia summit: Global action against dementia - 11 December 2013. Viitattu 1.9.2017. <https://www.gov.uk/government/publications/g8-dementia-summit-global-action-against-dementia/g8-dementia-summit-global-action-against-dementia-11-december-2013>

Elo, S. 2009. Hyvinvointia tukeva ympäristö. Teoksessa P. Voutilainen & P. Tiikkainen (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy 92-107.

Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N. 2009. Käyttöoireista kärsivän muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen. Teoksessa P. Voutilainen & P. Tiikkainen (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy 232-234, 236.

Eloniemi-Sulkava, U., Savikko, N., Kotilainen, H., Köykkä, T., Numminen, A., Saarenheimo, M., Suominen, M. & Topo, P. 2011. Välillisesti muistisairasta ihmistä auttavat hoitomuodot. Teoksessa U. Eloniemi-Sulkava & N. Savikko (toim.) Mielenmuutos muistisairaiden ihmisten hoitotyössä – Käyttöoireiden hoidosta muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen tukemiseen. Rasio: Vanhustyön keskusliitto 24.

Eloniemi-Sulkava, U. & Sulkava, R. 2008. Muistisairaiden ihmisten käyttöoireet: hoidon haaste. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Geriatria – arvioinnista kuntoutukseen. 121-128.

Hongisto, K. 2017. Quality of life and neuropsychiatric symptoms in patients with Alzheimer's disease – The ALSOVA follow-up study. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 11.9.2017. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2406-3/urn_isbn_978-952-61-2406-3.pdf

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hurri, S. 2017. Vihainen vanhus ei aina tarvitse lääkkeitä. Sairaanhoidaja 5/2017, 44-45.

Jatkola, S. 2017. Osastonhoitajan haastattelu puhelimitse.

Juva, K. 2015. Alzheimerin tauti. Lääkärinkirja Duodecim. Viitattu 12.9.2017 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00699#s2

Juva, K. 2016. Lääkehoito. Muistiliitto. Viitattu 12.9.2017 <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/hoito-ja-kuntoutus/laakehoito>

Kananen, J. 2008. Kvali – kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino oy.

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas – näin kirjoitan opinnäytetyön tai Pro Gradun alusta loppuun. Jyväskylä: Suomen yliopistopaino oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 212-213

Keränen M-H. 2017. Muistisairauden käytösoireet. Viitattu 20.9.2017
<http://osmy.fi/sites/default/files/kaytosyleiso%20%282%29.pdf>

Koponen, H. & Vataja, R. 2014. Neurokognitiiviset häiriöt, muistisairaudet ja elimelliset aivo-oireyhtymät. 11. uudistettu painos. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 566-567.

Koponen, H. & Vataja, R. 2015. Käytösoireiden hoito. 2., uudistettu painos. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 485-486.

Kotilainen, H. & Topo, P. 2011. Hyvän elämän mahdollisuudet, iäkkäiden ihmisten ympärivuorokautisen hoidon ympäristössä. Suomen muistiasiantuntijat, 9-11.

Kuntatyönantajat. 2006. Sosiaalihuollon henkilöstön täydennyskoulutusta koskeva lainsäädäntö ja suositukset. Viitattu 29.9.2017. <https://www.kt.fi/yleiskirjeet/2006/17/sosiaalihuollon-henkiloston-taydennyskoulutus-lainsaadanto-ja-suositukset>

Kuronen, M. 2017. Neuropsychiatric symptoms, psychotropic drug use and physical restraints in older persons: cross-sectional study in home care and residential care. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 29.9.2017. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2432-2/urn_isbn_978-952-61-2432-2.pdf

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Käypä hoito- suositus 2016a. Ohje potilaille ja läheisille: Alzheimerin tauti. Muistisairauksien Käypä hoito- työryhmä. Viitattu 12.9.2017 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix01595>

Käypä hoito- suositus 2016b. Lewyn kappale-tauti. Muistisairauksien Käypä hoito- työryhmä. Viitattu 12.9.2017 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix01604>

Käypä hoito-suositus 2016c. Ohje potilaille ja läheisille: Muistipotilaiden käytösoireet (masennus, ahdistuneisuus, levottomuus, aistiharhat, harha-ajatukset). Muistisairauksien Käypä hoito- työryhmä. Viitattu 12.9.2017
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix01592>

Käypä hoito-suositus 2016d. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen (VCI) ja vaskulaarinen dementia (VD). Viitattu 20.4.2017. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix01587>

Käypä hoito-suositus. 2017. Muistisairaudet. Viitattu 1.9.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50044>

Lapin ammattikorkeakoulu. 2017. Turvallisuusosaaminen. Viitattu 22.9.2017. <http://www.lapinamk.fi/fi/Esittely/Lapin-AMKin-strategia/Turvallisuusosaaminen>

Leino-Kilpi, H. 2015. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. 8.- 10. painos. Teoksessa H. Leino-Kilpi & M. Välimäki Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Melkas, S., Jokinen, H. & Erkinjuntti, T. 2016. Aivoverenkiertosauteen liittyvä muistisairaus. Terveyskirjasto. Lääkärin tietokannat. Viitattu 10.4.2017.

Muistiliitto 2015. Lewyn kappale-tauti. Viitattu 12.9.2017. <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/lewyn-kappale-tauti/>

Muistiliitto. 2017a. Muistisairaudet. Viitattu 1.9.2017. <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/>

Muistiliitto. 2017b. Työikäisten muistisairaudet. Viitattu 25.10.2017. <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/erityiskysymyksiä/työikäisten-muistisairaudet/>

Määttä, K. 2017. Luennonaihe. Geriatrian ylläkkärin luento, Rovaniemen kaupungin sisäinen koulutus. 18.9.2017

Mönkäre, R. 2017. Vuorovaikutus ja ohjaaminen. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre & T. Nukari (toim) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 38-39, 45-50

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 4. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Remes, A., Hallikainen, M. & Erkinjuntti, T. 2015. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja taudinmääritys. 2., uudistettu painos. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 119-123

Rinne, J. 2015. Lewyn kappale-tauti. 2., uudistettu painos. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 166-167

Rovaniemen kaupunki. Näsmänkiepin palvelutalo. Viitattu 12.9.2017 <https://www.rovaniemi.fi/fi/Palvelut/lkaihmiset/Palveluasuminen/Nasmankiepin-palvelutalo>

Saarnio, R., Isola, A. & Mustonen, U. 2011. Dementoituvan vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa: esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat. Hoitotiede 23/1, 46-47.

Sairaanhoitajat. 2014. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Viitattu 29.9.2017. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Salin, S. 2008. Lyhytaikaisen laitoshoidon reaali-malli vanhuksen kotihoidon osana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Viitattu 12.9.2017. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67880/978-951-44-7443-9.pdf?sequence=1>

Shuttleworth Martyn. 2008. Qualitative research design. Viitattu 19.9.2017. <https://explorable.com/qualitative-research-design>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaiken ikäisten omaishoitoa. Viitattu 22.9.2017. <http://stm.fi/hankkeet/kotija-omaishoito>

Suhonen, J., Alhainen, K., Eloniemi-Sulkava, U., Juhela, P., Juva, K., Löppönen, M., Makkonen, M., Mäkelä, M., Pirttilä, T., Pitkälä, K., Remes, A., Sulkava, R., Viramo, P. & Erkinjuntti, T. 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. Suomen lääkäri-lehti 10/2008

Suhonen, J., Juva, K., Nikumaa, H. & Erkinjuntti, T. 2015. Muistipotilaan hoitoketju. 2., uudistettu painos. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Sulkava, R., Viramo, P. & Eloniemi-Sulkava, U. 1999. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Espoo: Janssen-Cilag Oy.

Sulkava, R., Viramo, P. & Eloniemi-Sulkava, U. 2006. 8. uudistettu painos. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Espoo: Janssen-Cilag Oy.

Sulkava, R. 2016 a. Muistisairaudet. 3., uudistettu painos. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.) Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 108-114

Sulkava, R. 2016 b. Lewyn kappale-tauti. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.) Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 116-117

Strandberg, T. 2013. Alzheimerin taudin nonkognitiiviset oireet. Suomen lääkäri-lehti 25/ 97. Viitattu 12.9.2017 <http://www.gernet.fi/artikkelit/1292/alzheimerin-taudin-nonkognitiiviset-oireet-suomen-laakarilehti-25-97>

Terveystietokeskus ja hyvinvoinninlaitos. 2014. Muistisairauksien yleisyys. Viitattu 1.9.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>

Terveystietokeskus. 2016. Kustannus Oy Duodecim. Aivoverenkiertosairauteen liittyvä muistisairaus. Viitattu 10.4.2017. Terveystietokeskus -> Lääkärin tietokannat -> Lääkärin käsikirja -> Geriatria -> Aivoverenkiertosairauteen liittyvä muistisairaus

Tuomi, J. & A. Sarajärvi. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5., uudistettu painos. Jyväskylä: Tammi

Vataja, R. 2010. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 93

Vataja, R. & Koponen, H. 2015. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. 2., uudistettu painos. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 90-92

Yimei, L. 2017. Challenging behaviors (Older people with dementia in residential care): Case conferences. [Evidence summary]. Viitattu 29.9.2017.
<http://joannabriggslibrary.org/>

LIITTEET

Liite 1. Kirje teemahaastattelusta

Liite 2. Päätös tutkimusluvasta

LIITE 1

Hei!

Olemme Lapin ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat Henna ja Aija. Teemme työyhteisöönne opinnäytetyötä. Haastattelulla on suuri merkitys opinnäytetyömme kannalta. Aiheena on intervallihoidon vaikutukset muistisairaahan käytösoireisiin. Tutkimme hoitajien kokemuksia edellä mainittuun aiheeseen liittyen. Tavoitteenamme on löytää itselle hoitajina, että teidän työyhteisöönne keinoja käytösoireisen muistisairaahan hoitamiseen. Teemme ryhmähaastattelun, jossa kysymme kysymyksiä eri teemoihin liittyen. Haastattelun teemoina ovat:

- **Muistisairaudet**
esiintyvyys osastolla ym.
- **Käytösoireet**
Olemme rajanneet käytösoireet työssämme seuraaviin; aggressiivisuus, fyysinen levottomuus, aistiharhat ja harha-ajatukset.
- **Ammatillinen osaaminen**
Oire vai ”hankala asukas”? ym.
- **Jaksottainen hoito (intervallihoido)**
vaikutukset ym.
- **Hoitotyönmenetelmät**
Riittääkö oma persoona? ym.

Edellä esimerkkejä mitä teemat voivat pitää sisällään, näin ollen voitte valmistautua haastatteluun, kun tiedätte mistä on kyse.

Huom! Haastattelut nauhoitetaan, jotta tutkimuksen analysointi onnistuisi. Nauhoitetut haastattelut kirjoitetaan puhtaaksi. Analysoinnin jälkeen nauhat sekä puhtaaksi kirjoitetut aineistot hävitetään asianmukaisesti. Haastatteluun tulevien henkilöllisyyttä ei voi selvittää ja meillä on salassapitovelvollisuus kaikkeen haastatteluun liittyvään. Tutkimukseen osallistumisen peruslähtökohtana on vapaaehtoisuus. Voitte missä vaiheessa tahansa myös perua osallistumisenne tutkimukseen. Mikäli perutte osallistumisenne haastattelun jälkeen, teitä koskeva aineisto poistetaan.

ystävällisin terveisin
Henna ja Aija

Kiitos jo etukäteen osallistumisestanne!

LIITE 2 1(3)



Rovaniemen kaupunki
 Palvelualuepäällikkö Ikäihmisten
 palvelut
 Tutkimuslupapäätös

Viranhaltijapäätös
 12.06.2017

1 (3)
 § 3

ROIDno-2017-2313
Tutkimuslupa / Salonen & Puolakka

Lapin ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat Henna Puolakka ja Aija Salonen ovat lähettäneet tutkimuslupapyyntönsä koskien opinnäytetyötä "Jaksottaisen hoidon vaikutukset muistisairaankäyttösoireisiin. Hoitajien kokemuksia". Tutkimuksen kohteena on jaksottaisen hoidon vaikutukset muistisairaankäyttösoireisiin. Aihetta tutkitaan hoitajien kokemusten kautta laadullisena tutkimuksena. Tutkimus toteutetaan palvelutalo Näsmäntien osastoilla 1 ja 2. Tavoitteena on löytää hoitajille hoitotyön menetelmiä käyttösoireiden hallintaan mm. selvittämällä työyhteisön osaamista.

Alustavat tutkimuskysymykset ovat: 1) Miten lyhytaikainen jaksohoito vaikuttaa käyttösoireisiin? 2) Mitä hoitotyön menetelmiä hoitohenkilökunnalla on käytössään hoitaessaan käyttösoireista muistisairasta?

Tutkimuksen toteutetaan haastattelemalla työyhteisön hoitohenkilökuntaa ryhmähaastatteluna, johon osallistuu sekä sairaanhoitajia että lähihoitajia, yhteensä 4 henkilöä. Tavoitteena on, että opinnäytetyö on valmiina marraskuussa 2017.

Päätös

Vs. palvelualuepäällikkö Tuulikki Louet-Lehtoniemi

Lapin ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoille Henna Puolakka ja Aija Salonen myönnetään tutkimuslupa opinnäytetyölle "Jaksottaisen hoidon vaikutukset muistisairaankäyttösoireisiin. Hoitajien kokemuksia". Tutkimuksen toteuttamisesta on sovittava em. yksikön esimiehen kanssa.

Tutkimuksesta tulee toimittaa yksi kappale paperisena Rovaniemen perusturvan toimialan käyttöön ja se on lähetettävä perusturvan hallintoon, osoite PL 821 6,96101 Rovaniemi.

Tiedoksi

Henna Puolakka, Aija Salonen, Sirkka Jatkola

Allekirjoitus

vs. palvelualuepäällikkö Tuulikki Louet-Lehtoniemi

LIITE 2 2(3)



Rovaniemen kaupunki
 Palvelualuepäällikkö Ikäihmisten
 palvelut
 Tutkimuslupapäätös

Viranhaltijapäätös
 12.06.2017

2 (3)
 § 3

Oikaisuvaatimus
 § 3

Oikaisuvaatimusohje
OIKAISUVAATIMUSOHJE

Oikaisuvaatimusoikeus

Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa kuntalain 137 §:n mukaan tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen. Oikaisuvaatimuksen voi tehdä tarkoituksenmukaisuus- tai laillisuusperusteella.

Oikaisuvaatimusaika ja sen alkaminen

Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän (7) päivän kuluessa kirjeen lähettämisestä. Käytettäessä tavallista sähköistä tiedoksiantoa asianosaisen katsotaan saaneen tiedon päätöksestä kolmantena (3) päivänä viestin lähettämisestä. Oikaisuvaatimusaikaa laskettaessa tiedoksisaantipäivää/ nähtäväksi asettamispäivää ei lueta määräaikaan.

Oikaisuvaatimuksen muoto ja toimittaminen

Oikaisuvaatimus on tehtävä kirjallisesti. Oikaisuvaatimus on tekijän, laillisen edustajan tai asiamiehen allekirjoitettava. Siinä tulee mainita tekijän ja jos hän ei ole allekirjoittaja, myös allekirjoittajan nimi, osoite, asuinkunta sekä puhelinnumero, johon asiaa koskevat ilmoitukset voidaan toimittaa. Jos oikaisuvaatimus päätös voidaan antaa tiedoksi sähköisenä viestinä, yhteystietona pyydetään ilmoittamaan myös sähköpostiosoite.

Oikaisuvaatimuksessa on mainittava päätös, jota vaaditaan oikaistavaksi sekä vaatimuksen sisältö ja perusteet. Oikaisuvaatimukseen on liitettävä asiakirjat, joihin tekijä vetoaa vaatimuksensa tueksi, jollei niitä ole aikaisemmin toimitettu viranomaiselle.

Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä. Jos määräajan viimeinen päivä on pyhäpäivä, itsenäisyyspäivä, vapunpäivä, joului- tai juhannusaatto tai arkilauantai, oikaisuvaatimuksen saa tehdä ensimmäisenä arkipäivänä tämän jälkeen. Oikaisuvaatimus on toimitettava viimeistään määräajan viimeisenä päivänä ennen viraston aukioloajan päättymistä. Mikäli oikaisuvaatimus lähetetään postitse, on se jätettävä postiin niin ajoissa, että se ehtii perille viraston aukioloaikana ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä. Sähköisen asiakirjan (telekopio tai sähköposti) tulee olla määräaikana viranomaisen käytettävissä vastaanottolaitteessa tai tietojärjestelmässä siten, että viestiä voidaan käsitellä.

Oikaisuvaatimuksen voi toimittaa myös faksina tai sähköpostitse. Sähköistä asiakirjaa ei tarvitse täydentää allekirjoituksella, jos asiakirjassa on tiedot lähettäjistä eikä asiakirjan alkuperäisyyttä tai eheyttä ole syytä epäillä. Oikaisuvaatimuksia, jotka sisältävät arkaluonteisia henkilö- tai salassa pidettäviä tietoja, ei tule lähettää suojaamattomassa sähköpostiyhteydessä, suojaamattomalla verkkolomakkeella tai niiden liitteenä.

LIITE 2 3(3)



Rovaniemen kaupunki
Palvelualuepäällikkö Ikäihmisten
palvelut
Tutkimuslupapäätös

Viranhaltijapäätös
12.06.2017

3 (3)
§ 3

Oikaisuvaatimus lähetetään aina lähettäjän omalla vastuulla.

Oikaisuvaatimuksen maksu

Oikaisuvaatimuskäsittely on maksutonta.

Oikaisuvaatimusviranomainen ja yhteystiedot

Oikaisuvaatimusviranomainen: Rovaniemen kaupunki, Perusturvalautakunta
Postiosoite: PL 8216, 96101 Rovaniemi
Käyntiosoite: Hallituskatu 7, Rovaniemi
Sähköpostiosoite: kirjaamo(at)rovaniemi.fi
Telefax: (016) 322 6450
Puhelin: (016) 3221
Virka-aika: ma - pe kello 8.00 – 16.00